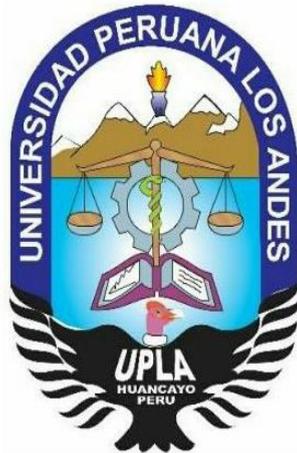


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : LA AMBLIOPÍA EN LA PTOSIS CONGÉNITA

AUTOR : BACHILLER MIRTHA GUTIERREZ MENDOZA

ASESOR : MG. ANTONIA SOTO ACUÑA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL:

SALUD Y GESTIÓN DE LA SALUD

LUGAR O INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

CENTRO OFTALMOLOGICO RETINA Y MACULA

HUANCAYO – PERÚ 2021

DEDICATORIA

A mis padres quienes fueron las personas que me motivaron a estudiar esta carrera, a mis hermanos, esposo y a mis amados hijos que me han guiado.

AGRADECIMIENTO

Principalmente a dios por permitirme culminas esta hermosa profesión a mis padres por el apoyo incondicional, hermanos, esposo e hijos y a mis docentes por las enseñanzas que me brindaron día a día.

I.TÍTULO : LA AMBLIOPÍA EN LA PTOSIS CONGÉNITA

CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------|----|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| CONTENIDO DE TABLAS | 6 |
| II. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 2.1 Problema | 9 |
| 2.2 Marco Teórico | 10 |
| Antecedentes Internacionales | 10 |
| Ptosis | 11 |
| Ambliopía | 17 |
| 2.3 Objetivo | 21 |
| III. CONTENIDO | 21 |
| IV. CONCLUSIONES | 29 |
| V. APORTES | 30 |
| VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 31 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 01. Clasificación de la Ptosis según Jack J Kanski | 13 |
| Tabla N° 02. Clasificación de la Ptosis según Myron Yanoff, Jay S Duker | 14 |
| Tabla N° 03. Clasificación de la visión normal | 18 |
| Tabla N° 04. Pruebas de tamizaje para la ambliopía según la edad | 19 |
| Tabla N° 05. Datos Generales del Paciente | 22 |
| Tabla N° 06. Agudeza Visual sin Corrección (AVSC) | 23 |
| Tabla N° 07. Evaluación y control posquirúrgico | 24 |
| Tabla N° 08. Evaluación con el Tecnólogo Médico – Optometría | 25 |
| Resultados encontrados en la evaluación | |
| Tabla N° 09. Tratamiento Indicado | 27 |
| Tabla N° 10. Evaluación y control posquirúrgico | 29 |

RESUMEN

La ptosis palpebral congénita es la caída parcial o total del párpado superior, puede ser bilateral o unilateral, dicha caída del párpado puede ocasionar alteraciones refractivas (ametropías) dando lugar a una ambliopía. El objetivo de este caso clínico es determinar el tratamiento adecuado para la mala visión en el ojo izquierdo después de la cirugía por ptosis congénita que presentó el paciente. Paciente masculino de 5 años, con diagnóstico de ptosis congénita ocasionado una ambliopía por privación en el ojo izquierdo con una Agudeza Visual del OD 20/40 y del OI 20/100, después de la cirugía se le realizó la evaluación por el Tecnólogo Médico en Optometría, se indicó al paciente uso permanente de lentes correctores con terapia visual (oclusión) y ejercicios. El tratamiento duró 8 meses, la primera etapa se dividió las sesiones a la semana, segunda etapa cada dos semanas y la tercera etapa cada tres semanas, en cada sesión se trabajó en consultorio y se refuerza en casa. La agudeza visual del paciente fue variando según las etapas, en la actualidad el paciente con su mejor corrección llega a una agudeza visual del OD 20/20 y OI 20/20. Conclusión. La terapia visual es una de las herramientas más útiles para tratar la ambliopía.

PALABRAS CLAVE: Ptosis palpebral congénita, ametropías, ambliopía, terapia visual, oclusión.

II. INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral congénita o miogénica es una enfermedad que indica un escaso desarrollo del músculo elevador del párpado superior, asociado a una transformación fibrosa de las fibras musculares, ocasionando caída parcial o total del párpado superior,(1) puede ser bilateral o unilateral, dicha caída del párpado puede ocasionar alteraciones refractivas (ametropías) que es la disminución de la visión así dando lugar a una ambliopía, la Organización Mundial de la salud, revela que a nivel mundial por cada 12.500 niños se presenta un caso de esta patología; como característica general encontramos que los niños que la padecen suelen levantar las cejas o el mentón,(2)

En Latinoamérica encontramos un número elevado de pacientes que presentan Ptosis palpebral de tal manera que se considera que el 56.5 % de prevalencia tiene un origen de naturaleza congénita mientras que el 43.5 % se considera de origen adquiridas. Cabe indicarse que la mayoría de los pacientes pediátricos que presentan esta patología son intervenidos quirúrgicamente con el propósito de corregir esta alteración, (2) para así evitar la mala posición y dolores lumbrales.

Diagnosticar la ptosis congénita y la ambliopía a tiempo evitaría graves consecuencias por lo que se debe seguir un control oftalmológico y optométrico, desde el momento en que se diagnosticó. El objetivo de este caso clínico es determinar el tratamiento adecuado para la mala visión en el ojo izquierdo después de la cirugía por ptosis congénita que presento el paciente, realizando los exámenes de diagnósticos integrales oftalmológicos, neurológicos y optométricos, como la valoración de la agudeza visual, oftalmoscopia, biomicroscopía y otros.

2.1 Problema

En el Perú con casi 12 millones de niños, no se han reportado hasta la actualidad estudios de prevalencia de ambliopía en escolares, ni su tratamiento en esta población. En el mundo se considera que la ametropía en poblaciones de jóvenes hasta 20 años afecta entre el 25 al 35% de la población. Otro estudio en el Hospital de Morón en Venezuela, determino que el 50% de niños y 48% de niñas estaban afectados de ametropía. ⁽³⁾

Por lo anterior es de suma importancia determinar la prevalencia de este problema de salud pública, para poder definir políticas y estrategias de tratamiento y prevención. Tengamos en cuenta que la ametropía no tratada puede ocasionar ambliopía si no es trata en los primeros años de vida de los niños y posteriormente es un factor de bajo rendimiento académico en los escolares.

La ambliopía puede definirse como la disminución de la agudeza visual como resultado de un procesamiento defectuoso a nivel del sistema nervioso central. Es un desorden del desarrollo visual causado por un defecto óptico, físico o del alineamiento ocular durante la niñez temprana. La disminución visual puede ser de leve a severa. Mayormente un ojo es el afectado, pero hay casos bilaterales. La incidencia reportada a nivel mundial varía entre el 1 al 5% de la población y es la causa más común de pérdida de la visión de un ojo en la niñez. ⁽³⁾

En la Optometría existe un campo que es la Ortóptica es la especialidad encargada del diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de determinadas afecciones visuales, como el estrabismo o ambliopía. Los tratamientos no son quirúrgicos ni oftalmológicos, sino que se basan en ejercicios de entrenamiento visual ⁽⁴⁾ para así mejorar y potenciar la capacidad visual como es el caso de nuestro paciente en el siguiente caso clínico, por eso que nos formulamos la siguiente pregunta. ¿Cuál es la efectividad de la terapia visual para mejorar la capacidad visual en un paciente masculino de 5 años con diagnóstico de ptosis palpebral congénito OI?

2.2 Marco Teórico

Antecedentes Internacionales

Vásquez M. ⁽²⁾ (2020) realizó un estudio en Guayaquil, Ecuador en el hospital DR. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017- 2019 sobre determinar la frecuencia de ptosis palpebral según grado, edad, lateralidad y sexo. Según el resultado encontrado de los 66 pacientes sometidos a corrección de ptosis palpebral, el 65% correspondió al sexo masculino y el 35% correspondió al sexo femenino, se evidencia que existe una prevalencia de esta patología en niños de sexo masculino, con respecto a la edad se encontró entre los 4 a 7 años y el grado de complicación con mayor porcentaje fue el leve, seguido del grado moderado y por último el grave, luego se aplica una cirugía correctiva se verifica que tiene un grado de satisfacción aceptable y que en su mayoría ha logrado mejorar su aspecto estético.

Iglesias N. ⁽²⁰⁾ (2016) realizó un estudio de intervención terapéutica en 128 niños ambliopes, pertenecientes al Circulo Infantil de Atención Especial “Pulgarcito” de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2013 hasta julio del 2014, con vistas a demostrar la efectividad de la estimulación visual temprana y desarrollar habilidades. No hubo diferencias significativas entre ambos sexos. El estrabismo constituyó la primera causa de ambliopía y se obtuvo mejores resultados en los niños que fueron tratados precozmente. La estimulación temprana fue efectiva para desarrollar habilidades en el orden visual, mediante un tratamiento adecuado

Ptosis

Se define como ptosis al descenso del párpado superior por debajo de su posición normal. La fisura palpebral normal mide entre 12 y 15 mm. La distancia entre el reflejo corneal de la luz y el margen del párpado superior se denomina distancia marginal refleja (DMR). Ambas medidas se utilizan para la evaluación objetiva. Por ello definiremos que la distancia marginal reflejo menor a 2 mm o en ambos ojos debe tener una asimetría de más de 2 mm⁽⁵⁾.

La medida que va del margen-reflejo comienza desde el borde del párpado superior hasta el reflejo corneal, se utilizando una linterna por el examinador en la que el paciente fija la mirada (Fig.1.); mide normalmente 4 – 5 mm.⁽⁶⁾

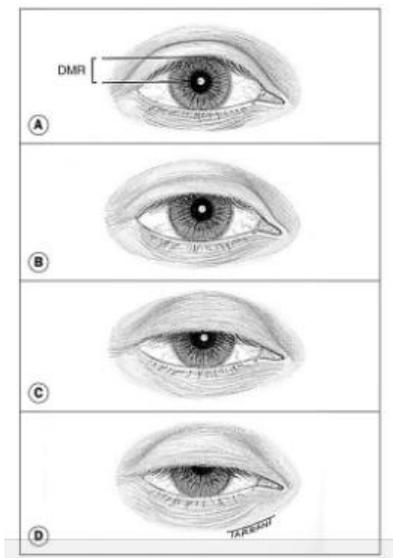


Fig.1. Medida del margen superior del párpado al reflejo pupilar. **(A)** Normal; **(B)** leve; **(C)** moderada; **(D)** grave.⁽⁶⁾

La distancia de la hendidura palpebral es la medida entre los bordes del párpado superior y del inferior (**Fig.2.**). El borde del párpado superior se sitúa 2 mm. Por debajo del limbo superior, y el del párpado inferior, 1 mm. La ptosis unilateral se

puede identificar comparando con el otro lado. La ptosis se clasifica como leve (hasta 2 mm.), moderada (3 mm.) y grave (4 mm. o más).⁽⁶⁾

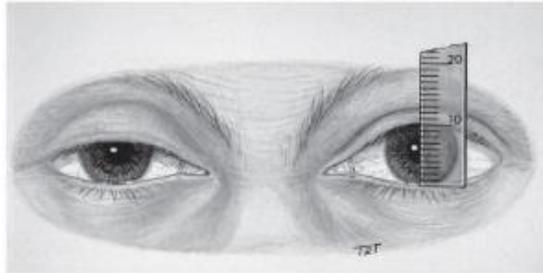


Fig.2. Medición de la altura de la hendidura palpebral

Fisiología de la ptosis :

Los cuatro músculos que afectan la posición del párpado superior son:

- Elevador del párpado superior (EPS): es el responsable de elevar el párpado, esta innervado por el superior del motor ocular común.

La función del músculo elevador del párpado se mide apretando con el pulgar en la ceja del paciente para impedir que actúe el músculo frontal, y con los ojos mirando hacia abajo (**Fig.3.A**). A continuación, el paciente mira hacia arriba tanto como pueda y se mide la distancia recorrida (**Fig.3.B**). La función del elevador se clasifica como normal (15 mm. o más), buena (12-14 mm.), regular (5-11 mm.) y mala (4 mm. o menor).⁽⁶⁾

- Músculo de Muller: se encuentra por debajo del músculo elevador del párpado, esta innervado por el sistema nervioso parasimpático por ello mantiene el párpado superior abierto de forma inconsciente (durante el estado de alerta).
- Músculo frontal: es un músculo epicraneano que está situado en la parte anterior de la cabeza, su función es determinar las expresiones faciales.
- Músculo Orbicular del párpado: la contracción de este músculo provoca el descenso del párpado, esta innervado por el nervio facial.

El movimiento de los párpados tiene un rango de apertura y cierre mayor a 12 mm, es importante tener en cuenta para la evaluación con pacientes con ptosis ⁽⁵⁾.

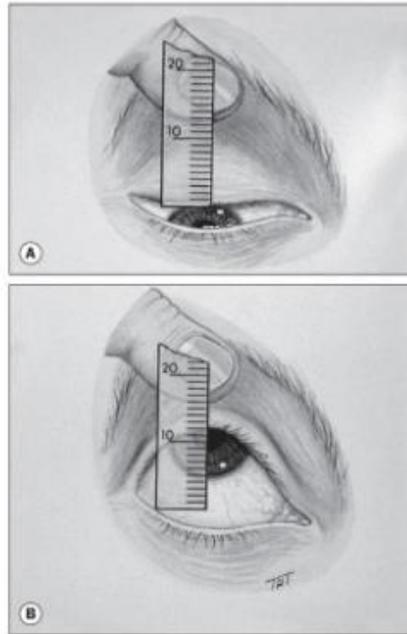


Fig.3. Medición del músculo elevador del párpado. **(A)** Se coloca un pulgar firmemente contra la ceja para reducir el efecto del músculo frontal y se pide al paciente que mire hacia abajo; **(B)** a continuación el paciente mira hacia arriba lo máximo que pueda y mida con una regla la cantidad de la excursión.

La etiología de la ptosis es la miogénica, aponeurótica o neurogénicas, también es incluida la mecánica y la traumática. ⁽⁷⁾

Tabla N°1

Clasificación de la Ptosis según Jack J Kanski ⁽⁸⁾

1.- Neurogénica

- Parálisis del tercer par craneal
- Síndrome de Honer
- Síndrome de parpadeo mandibular de Marcus Gunn
- Dirección anómala del tercer par craneal

2.- Miogénica

- a)** Miastenia ocular
- b)** Distrofia miotónica
- c)** Miopatía ocular
- d)** Congénita simple
- e)** Síndrome de biefarofimosis

3.- Aponeurótica

- 1. Involutiva
- 2. Postoperatoria

4.- Mecánica

- II. Dermatocalasia

Tabla N°2

Clasificación de la Ptosis según Myron Yanoff, Jay S Duker ⁽⁹⁾

| |
|---|
| <p>Ptosis comunes</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ptosis adquirida involutiva: función elevador normal○ Ptosis congénita simple: función elevador reducida <p>Ptosis inusuales</p> <p>Congénitas</p> <ul style="list-style-type: none">2.1 Blefarofimosis2.2 Síndrome sincinetico de Marcus Gunn <p>Adquiridas</p> <ul style="list-style-type: none">● Neurógenas<ul style="list-style-type: none">▪ Miastenia grave▪ Parálisis del tercer par craneal▪ Síndrome de Horner● Miógenas<ul style="list-style-type: none">▪ Distrofia oculofaríngea▪ Distrofia miógena▪ Oftalmoplejía externa progresiva crónica● Postraumática |
|---|

Según su origen la ptosis se puede clasificar:

1. Congénita: es una de las más frecuentes, se da por una distrofia desconocida del músculo elevador del párpado superior. ⁽¹⁰⁾

El músculo elevador ya no es de color rojo sino amarillento, es un músculo débil no se contrae ni se relaja, por lo que la función es afectada. En los casos de ptosis congénita presentas:

- Función elevadora del músculo reducida.

- Pliegue palpebral débil o ausente.
- Retraso del párpado al mirar hacia abajo.

La ptosis congénita se presenta en un 75% unilateral y el 25% bilateral. En estos casos se presenta defectos refractivos que dan como consecuencia a una ambliopía.⁽¹⁰⁾

2. Adquirida: El parpado debe mostrar una excursión normal en la mirada hacia abajo, se puede clasificar en:⁽¹⁰⁾
 - a) Neurógenas .- Es afectada el tercer nervio craneal (el síndrome de Horner)⁽¹¹⁾
 - b) Miógena.- Se da por la distrofia del músculo elevador del parpado o por síndromes como Von Graefe, síndrome de Kern.
 - c) Traumática o Mecánica.- se presenta por el aumento del volumen del parpado provocado por una inflamación traumática, alérgica o por un tumor que puede ser benigno o maligno que puede causar una oclusión en el ojo

Técnicas quirúrgicas:

Son tres los procedimientos correctivos de ptosis que se utilizan:

- ✓ Técnica de fasanella servat: Técnica de elección en casos de grado de ptosis leve (< 2 mm.) con función del elevador > 8 mm. y generalmente pliegue palpebral satisfactorio. Consiste en resear una elipse de espesor parcial palpebral incluyendo conjuntiva, cartílago tarsal y músculo de Müller.
- ✓ Técnica de acortamiento del elevador por vía anterior: se utiliza en casos de ptosis moderada y función moderada el músculo elevador (4 a 8mm.). Consiste en disecar y resear la aponeurosis del elevador en una longitud variable.
- ✓ Suspensión al frontal: Es la técnica de elección en casos de función del elevador deficitaria (< de 4 mm.) o nula. En esta técnica se suspende el párpado superior del músculo frontal. Para ello se puede usar tanto fascia lata o fascia temporal autógena como preservada, así como también material aloplástico. Las tiras de tejido suspensorio se anclan en el borde cefálico del tarso y en el músculo frontal, pasándolas por un túnel que une heridas hechas en el párpado y sobre la ceja.⁽¹²⁾

Ambliopía

Proviene del griego **ambly** que significa “débil” y **opía** que significa “vista”, en conclusión es la disminución de la agudeza visual mayor a un 20/40 ocasionada por un desarrollo visual anormal. Popularmente, el ojo ambliope se le denomina “ojo vago”⁽¹³⁾

Actualmente se define, de forma más completa, como el descenso de la visión por falta de estímulo adecuado en uno o ambos ojos durante el periodo de maduración visual. Es una de las anomalías sensoriales más frecuentes y es causa de un problema de gran impacto social y personal (Marroquín, 2006). Su incidencia es aproximadamente de 2 a 5% en niños en edad escolar, o en 5% de la población. Es la causa más importante de disminución de la visión monocular en la población menor de 40 años y la causa de una cuarta parte de todas las pérdidas de visión monocular en la población general.⁽¹⁴⁾

“los niños con ptosis congénita pueden también presentar ambliopía o falta de desarrollo de la visión, estrabismo u ojo desviados o visión borrosa por astigmatismo.”

La agudeza visual se desarrolla desde el nacimiento del niño hasta los 6 a 7 años de edad donde alcanza su máximo desarrollo visual 20/20(Tabla 3). Para un buen desarrollo visual el estímulo debe llegar enfocada a la retina de cada ojo, de acuerdo a ello la imagen llega nítida al cerebro. Si existe alguna alteración o una patología en este periodo puede estar alterada el desarrollo visual del niño.⁽¹⁵⁾

Las causas son:

- Los estrabismos
- Las anisometropías o diferencias de refracción entre AO
- Las ametropías o defectos de refracción bilaterales
- El nistagmus suele ocasionar una ambliopía bilateral
- Las enfermedades oculares, como: ptosis palpebral, catarata congénita, lesiones corneales, lesiones retinianas, etc.⁽¹⁵⁾

TABLA N°3

Clasificación de la visión normal

| Edad | agudeza visual |
|----------|-----------------|
| 1 año | $20/140 = 0,14$ |
| 2 año | $20/48 = 0,41$ |
| 3 año | $20/46 = 0,43$ |
| 4 año | $20/40 = 0,50$ |
| 5 año | $20/30 = 0,60$ |
| 6 - 7año | $20/20 = 1$ |

La ambliopía causa una disminución de la agudeza visual lo cual ocasiona una alteración de la visión binocular, dando lugar a un estrabismo, todo ello se puede evitar con una buena evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuado. ⁽¹⁶⁾

Pruebas de tamización:

La evaluación se debe iniciar con el neonato para poder descartar cualquier patología congénita, continuar durante sus controles de crecimiento y desarrollo. Existen diversos exámenes y cartillas para cada edad. ⁽¹⁷⁾

La mejor manera para poder evaluar los padres a sus hijos menores de 3 años es ocluyéndole (tapándole) un ojo y después el otro, tiene que mirar un objeto o la tele a una distancia de 3 metros observar la reacción del niño y preguntar si ve igual un ojo con el otro, si nos indica que ve mejor con un ojo o si nos retira la mano al ocluir es una señal que no está desarrollando normal su visión por lo que tenemos que llevar a un licenciado en Optometría para que lo evalúe adecuadamente. ⁽¹⁶⁾

TABLA N°4

Pruebas de ambliopía según la edad

| Edad | Prueba a realizar |
|----------------------------|---|
| Recién nacidos y lactantes | <ul style="list-style-type: none">● Inspección ocular: opacidad de medios, malformaciones, ptosis.● Reflejo rojo |
| 6 meses – 2 años | <ul style="list-style-type: none">● Inspección ocular● Comportamiento ocular Alineamiento ocular: Cover-uncover test Test de hirsehberg Fijación y seguimiento de objetos |
| Mayores de 3 años | <ul style="list-style-type: none">● Inspección ocular● Alineamiento acular● Agudeza visual● Estereopsis |

Tratamiento de la ambliopía:

Se debe empezar lo más pronto posible, es muy importante el apoyo de la familia en el cumplimiento del tratamiento para así poder llegar a los resultados deseados, es necesario el uso de lentes y la terapia visual que el tecnólogo medico en optometría indicara después de una evaluación adecuada.⁽¹⁸⁾

Durante el tratamiento de la ambliopía es importante corregir los errores refractivos, solucionar la privación visual si es necesario y estimular el ojo ambliope penalizando el ojo sano. Se espera alcanzar una agudeza visual muy similar en ambos ojos.

El Licenciado en optometría prepara un programa personalizado de ejercicios orientados a desarrollar e incrementar al máximo las habilidades visuales y la integración de éstas con el resto de los sentidos. Gracias a la repetición de estos ejercicios y al aumento de su demanda se logra la automaticidad del sistema visual, es decir, se crean nuevas conexiones neurológicas.

Existen diferentes opciones terapéuticas como:

- **La oclusión ocular** Es el tratamiento más común utilizado para la ambliopía unilateral. Consiste en ocluir con un parche opaco el ojo dominante para estimular la función visual del ojo ambliópico. ⁽¹⁹⁾

Es el método más efectivo, más barato y más usado para estimular el ojo ambliope. La oclusión del ojo dominante (con mejor AV), priva de él al paciente, lo que hace que el ojo ambliope trabaje al máximo. Se puede iniciar desde los 6 meses de vida y debe prolongarse hasta los 9 años; el parche se debe aplicar en la cara, y no sobre el anteojo. Debe tenerse en cuenta que existe el peligro de ambliopía por privación del ojo inicialmente sano, secundaria a la oclusión, por lo que debemos tener la precaución de controlar semanalmente al niño si es menor de un año, y quincenalmente después, así como permitir también el uso del ojo dominante. ⁽¹⁶⁾

- **Penalización óptica:** Se penaliza el ojo dominado agregando un lente de + 1 a +1,5 dioptrías para que vea borroso (“penalizamos”), con eso se busca que el ojo ambliope vea mejor. Se utiliza cuando hay un rechazo a la oclusión por parte del niño, pero sólo en ambliopías leves. ⁽¹⁶⁾
- **Penalización farmacológica.** Se utiliza gotas oftálmicas como la atropina para el ojo dominante, no se utiliza lentes, así se obliga el uso del ojo ambliope ⁽¹⁶⁾. Se recomienda administrar una gota diaria de atropina 1% en el ojo no ambliope por 4 meses, otro esquema de tratamiento con resultados similares es atropina al 1% dos días a la semana por 4 meses, ambos esquemas de tratamiento tienen resultados similares. ⁽¹⁶⁾

La atropina es un fármaco cuya función es dilatar la pupila atenuando las respuestas del sistema parasimpático, como consecuencia el músculo esfínter (encargado de contraer la pupila) se relaja y produce la dilatación de la pupila. Este método se aplica para evitar la acomodación del ojo sano, induciendo así visión borrosa y obligando al ojo ambliope a trabajar. Este tratamiento se suele utilizar cuando los niños no toleran el parche por distintos motivos (no ha funcionado el tratamiento con parche, factores psicosociales, alergias, etc.). ⁽¹⁹⁾

2.3 Objetivo

Objetivos generales.

Determinar la causa, diagnóstico y tratamiento más adecuado para la disminución de agudeza visual del ojo izquierdo.

Objetivos específicos.

- Realizar la evaluación optométrica completa para determinar la alteración binocular que puede presentar el paciente.
- Implementar guía de terapia visual personalizada al paciente para evitar que la agudeza visual siga disminuyendo.

III. CONTENIDO

CAPÍTULO I

1. Datos

Tabla N°05

| DATOS DEL PACIENTE | |
|--------------------|------------|
| NOMBRE | N/N |
| EDAD | 5 años |
| GÉNERO | Masculino |
| OCUPACIÓN | Estudiante |
| PROCEDENCIA | Huancayo |

Fuente: Elaboración propia

2. Historial Clínico del paciente. Anamnesis

Paciente masculino, de 5 años de edad, nacimiento por parto distócico (por cesárea), gestación al término (40 semana), con un peso al nacer de 3.700 Kilogramos, que acude a la consulta en compañía de sus padres, presenta desde el nacimiento ptosis palpebral congénito, diagnosticado por el medico oftalmólogo descartando cualquier patología, evaluado por médico neurólogo, se descartó causas neurológicas por la ptosis, evaluado

por médico Oftalmólogo en la especialidad de oculoplastica se decide tratamiento quirúrgico y poscirugía tratamiento refractivo.

3. Exploración clínica

a. Agudeza Visual

Tabla N° 06

Agudeza Visual sin Corrección (AVSC)

| OJO DERECHO | OJO IZQUIERDO | VALORES NORMALES |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 20/40 | 20/100+ | 20/25 MONOCULAR Y BINOCULAR |

Fuente: Elaboración propia

b. Biomicroscopía

OJO DERECHO (O.D)- Dentro de los límites normales.

OJO IZQUIERDO (O.I)- Descenso del párpados superior a nivel del tercio medio del área pupilar, cornea clara, acuosa trasparente, pupila reactiva

c. Oftalmoscopia

O.D- Dentro de los límites normales.

O.I- Dentro de los límites normales.

d. Procedimiento Quirúrgico

El medico oftalmólogo oculoplastico realiza la cirugia del OI, con sedación general al paciente, realiza una incisión sobre el borde palpebral superior, desprende la piel hacia abajo se realiza una sutura en el musculo elevador del parpado.

Tabla N°07

Evaluación y control posquirúrgico

| | |
|------------------------------------|---|
| <u>A los 2 días post operado:</u> | <p>Paciente acude a control con el Medico oftalmólogo para retiro de parche y tratamiento.</p> <p>Se le indica gotas oftálmicas</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Ciprogram plus c.8/h✓ Unixines por las noches. |
| <u>Al 4 ° día post operado:</u> | <p>AV/SC (E)</p> <p>OD: 20/40</p> <p>OI: 20/100-</p> |
| <u>Al 7 ° día post operado:</u> | <p>Retiro de puntos y continúa con tratamiento.</p> |
| <u>A los 15 días post operado:</u> | <ul style="list-style-type: none">✓ AV/SC (E) <p>OD 20/40</p> <p>OI 20/100</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Fondo de ojo <p>Retina aplicada A/O</p> <p>Cornea clara A/O</p> |

Tabla N°08

Al mes de la cirugía: Evaluación con el Tecnólogo Médico – Optometría

Resultados encontrados en la evaluación

| AV/SC (E) INICIAL | MOTILIDAD OCULAR |
|---|--|
| <p>OD = 20/40</p> <p>OI = 20/100-</p> | <p>Mov. sacádicos: SPECAS</p> <p>Mov. de seguimiento: SPECAS</p> |
| REFRACCION INICIAL | EXAMEN DE LA FIJACIÓN |
| <p>AV/ L</p> <p>OD = +0.25 -0.75 X 8 20/40+</p> <p>OI = +0.75 -2.00 X 173 20/70-</p> | <p>OD: Fijación Central estable (Foveal)</p> <p>OI: Fijación excéntrica</p> |
| REFRACCION BAJO CICLOPLEJIA | ESTEREOPSIS |
| <p>OD = +1.50 -0.50 X 10</p> <p>OI = +2.50 -1.75 X 173</p> | <p>El test de Titmuss:</p> <p>CC: 200"</p> |
| REFRACCION FINAL | VISION DEL COLOR |
| <p>AV/L</p> <p>OD = +0.50 -0.50 X 10 20/30 -</p> <p>OI = +1.50 -1.75 X 173 20/70+</p> | <p>Test de Ishiara:</p> <p>Dentro de los limites normales en AO.</p> |
| BINOCULARIDAD | ACOMODACIÓN |
| <p>Cover Test: VL: Ortoforia VP: Ortoforia</p> <p>PPC: ROMPE EN 6 Y RECUPERA EN 7</p> | <p>AA: OD: -16D OI: -9D AO: -16D</p> |

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II

1. Formulación del diagnóstico

Después de la evaluación y la cirugía de ptosis congénita se produce “UNA AMBLIOPÍA POR PRIVACIÓN DE ESTÍMULO EN EL OJO IZQUIERDO” donde presenta mayor defecto refractivo (O.I), provocando alteraciones en la visión estereoscópica, la acomodación esta alterada como resultado de la ambliopía por privación (ptosis congénita).

Pronóstico:

Al ser diagnosticado en una edad de pleno desarrollo visual es favorable para la recuperación de las habilidades visuales que están siendo afectadas, lo cual se trabajara por separado ambos ojos, después se trabajara en conjunto ambos ojos para conseguir fusionar ambas imágenes y así lograr los objetivos trazados en la terapia visual.

Objetivos para la terapia visual:

- Recobrar la mayor agudeza visual del OI (Ojo ambliope).
- Conseguir la estereopsis.
- Mejorar la motilidad ocular.

Rehabilitación visual

El tratamiento se inicia con terapia visual activa con los lentes correctores puesto en todo momento, se establece en tres etapas (**Tabla N°09**), para restablecer las habilidades visuales afectadas.

- ❖ Primera etapa: se le realiza la refracción bajo cicloplejia al paciente, se le indica lentes correctores donde se le corrige la hipermetropía con astigmatismo a AO, se le indica ocluir el OD por 15 minutos a 30 minutos diarios acompañado de ejercicios, lo cual mejorara las habilidad del ojo e igualarlos en la AV.
- ❖ Segunda etapa: Realizamos ejercicios para mejorar las habilidades de motilidad ocular monocular y binocular.
- ❖ Tercera etapa: Trabajamos ejercicios de lectoescritura para mejorar acomodación y estereopsis, así mejoramos y reforzamos las habilidades afectadas.

Tabla N°09

Tratamiento Indicado

| PRIMERA ETAPA (Sesiones de 1 a 4) | |
|--|---|
| AMBLIOPÍA OI: <ul style="list-style-type: none">○ Laberintos○ Anaglíficos | FIJACIÓN EXCÉNTRICA <ul style="list-style-type: none">○ Terapia MITT |
| SEGUNDA ETAPA (Sesiones de 5 a 10) | |
| MOTILIDAD BINOCULAR <ul style="list-style-type: none">○ Ejercicios sacádicos○ Ejercicios seguimiento | ACOMODACIÓN BINOCULAR <ul style="list-style-type: none">○ Acomodación + localización○ Cambios de acomodación en VL y VP |
| TERCERA ETAPA (Sesiones de 11 a 16) | |
| ESTEREOPSIS <ul style="list-style-type: none">○ Libro 3D | GRAFÍA Y LECTOESCRITURA <ul style="list-style-type: none">○ Ejercicios en pizarra○ Ejercicios de grafía |

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO III

1. Resultados

En nuestro caso clínico encontramos que la ptosis congénita ocasiono una ambliopía por privación en el ojo izquierdo, después de la cirugía se le realizo una evaluación por el Tecnólogo Medico en Optometría, se indicó al paciente uso permanente de lentes correctores con terapia visual. El tratamiento duro 8 meses, la primera etapa se dividió las sesiones a la semana, en la segunda etapa cada 2 semanas y en la tercera etapa cada 3 semanas, en cada sesión se trabajó en consultorio para reforzar lo aprendido se le brinda ejercicios para realizar en casa para cada día con la supervisión de uno de los padres de familia, se le realizaba cada 3 o 4 meses revisión completa, en la actualidad el paciente es asintomático. Estamos satisfechos por el trabajo que realizo por el paciente y recuperamos: la fijación central, la agudeza visual y la capacidad de visión estereoscópica. Se presenta cuadro comparativo (**Tabla N°10**) de los exámenes evaluados al inicio de la terapia visual y al finalizar.

Tabla N°10

EVOLUCION TERAPIA VISUAL DURACION DE 16 SESIONES

| VALORES INICIALES | VALORES FINALES |
|---|--|
| REFRACCION | REFRACCION |
| AV/L OD = +0.50 -0.50 X 10 20/30 - OI = +1.50 -1.75 X 173 20/70+ | AV/L OD = +0.25 -0.25 X 5 20/20 OI = +0.50 -1.25 X 173 20/20 |
| MOTILIDAD OCULAR | MOTILIDAD OCULAR |
| Movimiento sacádicos: SPECAS Movimiento de seguimiento: SPECAS | Mov. sacádicos: SPECAS Mov. de seguimiento: SPECAS |
| EXAMEN DE LA FIJACIÓN | EXAMEN DE FIJACIÓN |
| OD: Fijación Central Foveal OI: Fijación excéntrica | OD: Fijación Central Foveal OI: Fijación Central Foveal |
| BINOCULARIDAD | BINOCULARIDAD |
| Cover Test: VL: Ortoforia VP: Ortoforia PPC: ROMPE EN 6 Y RECUPERA EN 7 | Cover Test: VL: Ortoforia VP: Ortoforia PPC: ROMPE EN 6 Y RECUPERA EN 7 |
| ESTEREOPSIS | ESTEREOPSIS |
| El test de Titmus: CC: 200" | El test de Titmus: CC: 60" |
| ACOMODACIÓN | ACOMODACIÓN |
| AA: OD: -16D OI: -9D AO: -16D | AA: OD: -16D OI: 16D AO: -16D |

Fuente: Elaboración propia

IV. CONCLUSIONES

- El trabajo multidisciplinario entre el medico oftalmólogo y el tecnólogo médico en optometría es fundamental, el mejor tratamiento siempre será la prevención ya que algunas enfermedades del globo ocular pueden llegar a ser irreversibles. La preparación del tecnólogo médico en optometría en esta área es fundamental para ofrecer tratamientos adecuados para el paciente.
- El diagnostico a tiempo de la ptosis congénita unilateral o bilateral, tiene mejores resultados en la parte de la cirugía y en el tratamiento post operatorio, si este fuese tratado después de los 7 años, la agudeza visual estará más comprometida.
- Del presente caso clínico nos muestra la gran importancia de la terapia visual en niños diagnosticados con ambliopía en una temprana edad, lo cual obtuvimos unos resultado favorables, donde recuperamos todas sus habilidades visuales.
- La terapia visual en niños diagnosticado con ambliopía se les debe brindar diferentes ejercicios o realizar una planificación para mejorar las habilidades afectadas, no solo con la oclusión y el uso de los lentes correctores se mejora dichas habilidades afectadas del niño.

V. APORTES

La ptosis congénita es un problema que afecta al desarrollo visual, por lo tanto debe ser tratada en los primeros años de vida, la mayoría de estos pacientes generan una ambliopía lo cual debe de ser tratada por un profesional Tecnólogo Medico en Optometría, ya que no es solo dar la refracción para corregir la ametropía, si no dar un tratamiento adecuado para recuperar efectivamente la capacidad visual, como es el caso de nuestro paciente; debido a los exámenes complementarios que se le realizo se optó por programar la terapia visual.

Por lo tanto la terapia visual nos ayuda a preparar nuestro sistema visual y nuestro cerebro para un mejor desarrollo sensorial y motor, gracias a la percepción integra de toda la información visual que nos llega, Por otro lado es importante el trabajo multidisciplinario entre el Medico Oftalmólogo y el Tecnológico Medico en Optometría para poder llegar a un solo objetivo que es el bienestar del paciente, como se presenta en este caso, cabe resaltar que en la actualidad en el Perú son pocos los médicos oftalmólogos que realizan el trabajo multidisciplinario.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Burgos PV. Ptosis palpebral congénita: a propósito de un caso (Master en subespecialidades oftalmológicas, subespecialidad oculoplastica) Universidad de Valladolid. 2018. 1p. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31866/TFM-M405.pdf?sequence=1>
2. Vásquez PM. Caracterización de la ptosis palpebral congénita en pacientes del hospital Dr. Roberto Gilbert e. En el periodo del 2017 – 2019. (Para obtención del título de especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva) Guayaquil, Ecuador 2020.
3. Carrión OC, Gálvez QF, Morales C, Guevara FV, Jaramillo R, Gazzani M. Ametropía y ambliopía en escolares de 42 escuelas del programa “Escuelas Saludables en la DISA II”, (Internet) Lima. Perú, 2007-2008. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100007
4. Clínica Baviera blog. Disponible en: <https://www.clinicabaviera.com/blog/ortoptica-en-que-consiste-objetivos/>
5. Jaureguiberry A. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. Neuro-54. Ptosis Palpebral. 2014. 1p. Disponible en : http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/gpc%202008/Neurologia/Neuro-54%20Ptosis%20Palpebral_v0-14.pdf
6. Salmon JE, Kanski J. Oftalmología clínica: Un enfoque sistemático. Edición 9;75-76p.
7. Mesa J. Blefaroptosis miogénica congénita: indicaciones de tratamiento y resultados en 50 casos. Revista Cirugía Pediátrica. 2008; 214 – 218p.
8. Salmon J, Kanski J. Oftalmología Clínica Barcelona: Elsevier, 2004; p.32. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=TO4bjKZ04XwC&pg=PA36&dq=ptosis+congenita&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKewi7PSuwo_0AhXBE7kGHcamDwAQ6AF6BAGDEAI#v=onepage&q=ptosis%20congenita&f=false
9. Yanoff M, Duker SJ. Oftalmología quinta edición; 1273p.

10. Vásquez E. Reinserción de aponeurosis del elevador del párpado superior como corrección quirúrgica de blefaroptosis senil. Instituto Nacional de Oftalmología, periodo enero 2006-enero 2009 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009. 13-14p. Disponible es: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14833/Vasquez_che.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Vásquez PM. Caracterización de la ptosis palpebral congénita en pacientes del hospital Dr. Roberto Gilbert e. En el periodo del 2017 – 2019. (Para obtención del título de especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva) Guayaquil, Ecuador 2020.11-12p. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/15890/1/T-UCSG-POS-EGM-CP-16.pdf>
12. Burgos PV. Ptosis palpebral congénita: a propósito de un caso (Master en subespecialidades oftalmológicas, subespecialidad oculoplastica) Universidad de Valladolid; 2018.2p.
13. Herranz M.; Vecilla G. Manual de Optometría; Madrid 2010,391p.
14. Camacho M. Terapia y Entrenamiento visual: Una visión integral; Bogotá: Universidad la Salle, 2009.113p.
15. Merchante AM. Ambliopía y Estrabismo; Pediatr Integral 2018; XXII (1): 33p. Disponible en:https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii01/04/n1-032-044_Merchante.pdf
16. Salgado C. Ambliopía y Estrabismo; Pontificia Universidad Católica de Chile; Boletín de la Escuela de Medicina volumen 30 n°2 - año 2005; 32p.
17. Parra A.J., Tamización de ambliopía en cuidado primario;Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (2): 225-236, abril-junio, 2019
18. Herranz M.; Vecilla G. Manual de Optometría; Madrid 2010,396p.
19. Chamorro M.; García A.; Últimos avances en el tratamiento de la ambliopía; Universidad Complutense de Madrid Facultad de óptica y optometría. Disponible en:https://eprints.ucm.es/id/eprint/61680/14/Adela_Garcia-Marta_Chamorro.p
20. Iglesias N.; Duperet D.; Perez R.; Frometa G.; Efectividad de la estimulación visual temprana en niños con ambliopía del círculo infantil “Pulgarcito”; Santiago de Cuba, medisan 2016

VII. ANEXOS

SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR EL CASO CLINICO

SOLICITO: Permiso para realizar un "Caso clínico" en su centro oftalmológico.

DOCTORA YESENIA IZARRA BEJARADO
GERENTE GENERAL DEL CENTRO OFTALMOLOGICO RETINA Y MACULA

Yo, GUTIERREZ MENDOZA Mirtha, identificada con DNI 46235333, Bachiller en Optometría de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, domiciliada en la Calle Real #1419 - Chica - Huancayo, teléfono 935601130, correo electrónico mirtha.gutierrezmendoza@gmail.com, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Tecnología Médica-Optometría, en la Universidad Peruana los Andes, solicito a usted permiso para realizar trabajo de caso clínico en su CENTRO OFTALMOLOGICO RETINA Y MACULA sobre "LA AMBLIOPIA EN LA PTOSIS CONGENITA" para optar el título profesional de Licenciada en Optometría.

POR LO EXPUESTO:
Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huancayo, Febrero 03 del 2020


GUTIERREZ MENDOZA MIRTHA
DNI 46235333

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA


RETINA Y MACULA
CENTRO OFTALMOLOGICO

CARTA DE AUTORIZACION

Yo, Izarra Bejarano Yesenia, Cirujano Oftalmólogo con especialidad en Retina, Vtreo y Macula, CMP 09657, RNE 18707, gerente general del CENTRO OFTALMOLOGICO RETINA Y MACULA, autorizo a Mirtha Gutiérrez Mendoza, Bachiller en Optometría de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Peruana los Andes, realizar el caso clínico de "LA AMBLIOPIA EN LA PTOSIS CONGENITA", lo cual tendrá acceso a la historia clínica y al paciente para realizar la terapia visual respectiva.

Huancayo, Febrero 03 del 2020


IZARRA BEJARANO YESENIA
CIRUJANO OFTALMOLOGO
DNI 46235333

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

AUTORIZACION PARA REALIZAR EL CASO CLINICO

ANTES DE LA CIRUJIA



DESPUES DE LA CIRUJIA



EXAMEN DE FONDO DE OJO Y DE FIJACIÓN



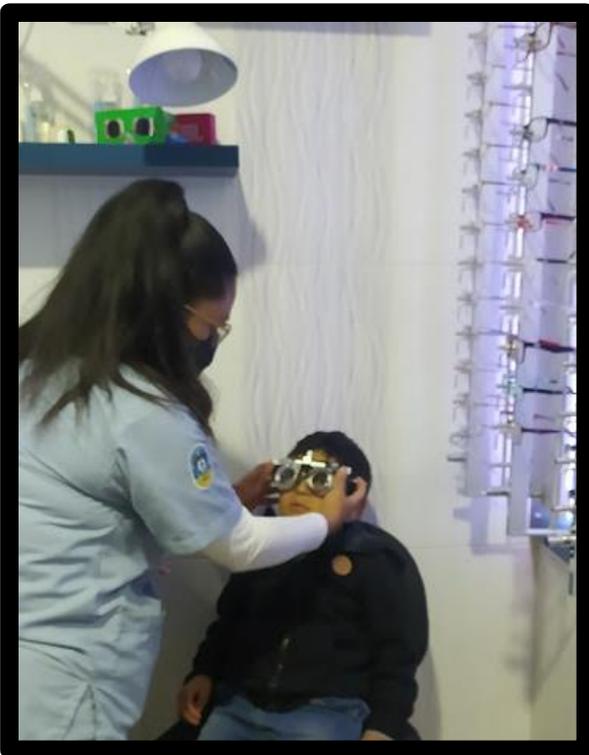
EXAMEN DE FONDO DE OJO Y DE FIJACIÓN



**EXAMEN DE AUTOREFRACTOMETRO
(REFRACTICA)**



REFRACCION BAJO CICLOPEJIA



EXAMEN REFRACTIVA



RERFRACCION FINAL



TERAPIA DE OCLUIR EL OD



TERAPIA DE OCLUIR EL OD



TERAPIA VISUAL



**TERAPIA VISUAL DE ACOMODACIÓN
BINOCULAR**

